

**CPTS Grand Valenciennes :
Réflexions et propositions sur Groupe Cellule
d'entraide.**

Sommaire :

I. INTRODUCTION

II. MISSIONS

- **II.1. REPERER LES SOIGNANTS EN SOUFFRANCE**
- **II.2. UN SOIGNANT EN SOUFFRANCE, UN INTERLOCUTEUR DESIGNE**
- **II.3. UN SUIVI DE FOND ET PAS DU ONE-SHOT**
- **II.4. UNE REUNION MENSUELLE VOIRE TOUTES LES 6 SEMAINES DE LA CELLULE D'ENTRAIDE**
- **II.5. FAIRE LE LIEN AVEC LES INSTITUTIONS « AIDANTES » DEJA EN PLACE**

III. CONCRETEMENT, QU'EST CE QUE L'ON FAIT

- **III.1. CONSTITUTION D'UN GROUPE DE TRAVAIL ET DE LA CELLULE D'ENTRAIDE**
 - **III.1.1 REPERER LES SOIGNANTS EN SOUFFRANCE, DEBUT DE REFLEXION**
 - **III.1.2 ACTIONS CIBLES POUR LES 6 PRINCIPALES CATEGORIES DE DECOMPENSATION**
 - **III.1.2.1. BURN-OUT**
 - **III.1.2.2. PROBLEME DE SANTE AUTRES QUE DEPRESSION/BURN-OUT**
 - **III.1.2.3. ADDICTIONS**
 - **III.1.2.4. PROBLEME FINANCIER**
 - **III.1.2.5. PROBLEMES D'ORGANISATION**
 - **III.1.2.6. PROBLEMES D'AGRESSION**
- **III.2. RECRUTEMENT ET MISE EN PLACE D'UNE EQUIPE SPECIALISEE DANS LE SOIN AUX SOIGNANTS**
- **III.3. PROPOSER LA FORMATION « SOIGNER LES SOIGNANTS »**
- **III.4. DEFINIR UN LIEU D'ACCUEIL ET DE CONSULTATION**
- **III.5. REFLECHIR SUR LA MISE EN PLACE D'UN GROUPE DE REMPLAÇANTS « DE SAUVEGARDE »**
- **III.6. REUSSIR A PROPOSER UN MEDECIN TRAITANT A CHAQUE PROFESSIONNEL DE SANTE LIBERAL DE NOTRE TERRITOIRE ET NOTAMMENT LES MEDECINS.**

IV. CONCLUSION.

I. Introduction.

Dans le cadre de l'ACI signé par la CPTS, et dans la mission complémentaire optionnelle sous le titre « Accompagner les professionnels de santé sur le territoire », l'entraide des soignants ne doit en aucun cas être reléguée au second plan.

Une valorisation de cette mission à hauteur de deux fois 15 000 euros est mise en place par la CPAM (part fixe, part variable)

Mais au-delà de cet accompagnement financier, l'entraide représente une mission essentielle à nos yeux : Comment peut-on espérer soigner la population de notre territoire de façon optimale si ceux qui en ont la responsabilité sont en souffrance ?

L'évolution de la société et la pénurie de soignants rendent notre exercice à toutes et tous de plus en plus anxiogène et compliqué. Quelquefois, une simple écoute de cette souffrance, une main sur l'épaule peuvent suffire à éloigner ce mal-être.

Ecrivons le tout de suite, cette cellule d'entraide ne doit pas servir d'appui financier uniquement. De nombreuses instances ont déjà prévu des soutiens forts et efficaces même s'ils sont malheureusement peu connus des soignants.

Un exemple que l'on peut citer pour son mélange de discrétion, d'efficacité et d'humanité est la commission d'entraide du conseil départemental de l'ordre des médecins du Nord dirigé par le Pr Lerouge.

Cette cellule permet la mise en relation des soignants en souffrance avec ces dispositifs d'aides tout en leur apportant du soutien et un réconfort grâce à une présence directe à leurs côtés.

Pour clôturer cette introduction, je dirai qu'une CPTS aura le visage et le caractère des membres qui la composent. Faisons donc la forte, humaine et sereine.

II. Missions.

Elles sont multiples et diverses, demandant des compétences nombreuses et variées. Par expérience, je sais que venir en aide à un collègue en souffrance est une tâche lourde, chronophage, et qui n'est pas sans répercussion personnelle. On s'immisce dans la vie intime des gens, partageant leur souffrance, et en en prenant une partie sur nous. Une personne ne peut donc prendre plus de 2/3 soignants en aide en même temps. Ceci pour son bien personnel mais aussi pour la qualité de l'aide apportée.

Pas de politique du chiffre mais un impératif de qualité.

Ci-dessous, je vous liste les missions essentielles à apporter à mon sens.

II.1. Repérer les soignants en souffrance.

Facile à dire mais moins à faire.

Nous avons souvent tendance à nous refermer sur nous-mêmes lorsque nous sommes en souffrance. « Un soignant malade, ce n'est pas possible, ça ne fait pas bon genre. » Un sentiment de honte est fréquent même si cela ne devrait pas. Nous sommes tous humains et les histoires de nos patients ne disparaissent pas une fois la porte fermée.

Pour les repérer, il est donc nécessaire de faire connaître la cellule d'entraide à l'ensemble des associations de professionnels et des établissements de santé publique et privé de notre territoire.

Réaliser une petite fiche très synthétique des signes pouvant être des signaux d'alarme pourraient être diffusés et partagés.

Définir les « catégories » fréquentes de problèmes qui peuvent être à l'origine de la souffrance d'un soignant. On peut les classer en 6 grands groupes avec une réflexion initiale d'action concrète locale pour chacun d'entre eux :

Burn-out, problème de santé, addictions, finances, problèmes d'organisation, problèmes d'agressions.

On voit bien ici que selon la cause, la réponse à apporter sera très différente.

La mise en place d'un numéro d'appel unique avec une gestion de la réception des appels par les coordonnateurs de la CPTS, un service de télésecrétariat ou pourquoi pas des astreintes par des volontaires sera à définir mais dans tous les cas devra exister. (Coût de l'action: un téléphone portable et un abonnement de type free à 9euros/mois).

II.2. Un soignant en souffrance, un interlocuteur désigné.

Chaque soignant faisant appel à notre aide devra se voir attribuer par la cellule d'entraide un interlocuteur fixe. Celui-ci gèrera le dossier en priorité. Il me paraît indispensable que pour établir un lien fort et garder une confiance solide, le soignant requérant ne doit pas voir défiler à chaque rendez-vous ou entretien un accompagnant différent. L'entraide est un travail de fond où la plainte se dévoile, et ce n'est pas facile.

Faire que le nombre d'interlocuteur soit le plus restreint possible est une forme de respect et un gage d'efficacité.

A mon sens, il n'est pas nécessaire que le soignant en souffrance et l'interlocuteur désigné exercent la même profession (médecin-médecin, infirmier-infirmier, etc...). Un point de vue différent d'une situation, par une expérience/ un ressenti professionnel « autre », peut être une plus-value à l'aide apportée non négligeable.

II.3. Un suivi de fond, et pas du one-shot !

Intervenir pour dire être intervenu n'aurait aucun sens. Ne gérer que la crise et ne pas s'assurer de l'absence de rechute, tout autant.

Il est donc impératif qu'une fois la tempête gérée, un suivi régulier ait lieu.

Suivi s'espaçant dans le temps en fonction du ressenti et des besoins de chaque dossier. Cet accompagnement dans le temps pourrait se matérialiser sous forme d'un appel téléphonique, de rencontres autour d'un café, etc.

Celui-ci doit être préprogrammé, et non fait « en y repensant ».

L'organisation et la planification du suivi sera gage d'une efficacité redoutable à mon sens.

II.4. Une réunion mensuelle voire toutes les 6 semaines de la cellule d'entraide.

Avant tout, ce qui se dit aux réunions d'entraide reste aux réunions d'entraide. Toute personne ne respectant pas cela sera immédiatement exclue de la cellule.

Réunion où chaque cas sera exposé par le soignant en charge du dossier à l'ensemble du groupe avec l'historique des rencontres et actions entreprises. Cela induit la tenue par chaque membre de la cellule d'un rapport sérieux, avec chaque événement de son accompagnement notifié.

Cette réunion permettra d'avoir l'avis des autres membres, leur point de vue sur ce qui serait à faire et une validation de ce qui a déjà été entrepris.

Cela permettra aussi aux membres de se décharger un peu de la charge émotionnelle dûe au cas pris en charge.

C'est également lors de ces réunions que la décision d'un apport financier pourra être évalué et entreprise si nécessaire.

Enfin, et ce n'est pas la moindre des choses, c'est lors de ces réunions que seront assignés les interlocuteurs aux soignants en demande d'aide.

II.5. Faire le lien avec les institutions « aidantes » déjà en place.

Je souhaite notre cellule d'entraide comme un appui local, présent « physiquement » auquel on peut associer un visage, une voix.

Nous n'aurons pas pour objectif de remplacer tout ce qui existe et qui fonctionne déjà très bien, mais d'être un relais, une passerelle où les requérants pourront se reposer sereinement. Ainsi, il sera essentiel de lister dans un premier temps au sein de la cellule d'entraide, les différents interlocuteurs possibles pour aider nos collègues en souffrance. A l'inverse, ce serait une véritable réussite si celles-ci revenaient vers nous pour nous demander un soutien, une aide sur le terrain de proximité.

Un travail de la part des coordonnateurs pour recenser les conseils de l'ordre, les syndicats, les associations de soignants sera donc à réaliser rapidement, et ceci pour chaque profession de soignant.

Travail que je sais très fastidieux mais essentiel.

Il est, ici, une association que je veux nommer et dont l'efficacité n'est plus à débattre.

L'association MOTS.

Un relais ou la proposition d'un soutien supplémentaire par celle-ci me semble une bonne idée et nous rapprocher de leurs services sera à faire indéniablement.

Pour présenter, en quelques lignes, MOTS ; c'est une association entièrement gratuite pour le professionnel de santé qui y a recourt. Une unité clinique d'écoute, d'accompagnement et de recherche-action destinée à venir en aide aux médecins et aux soignants et dédiée avant tout à la prévention et à la prise en charge de l'épuisement professionnel. Ils mettent en place un parcours d'accompagnement confidentiel.

L'accompagnement proposé par l'association MOTS s'inscrit dans le respect de la confidentialité la plus stricte.

Chaque médecin-effecteur de l'association MOTS est spécialement formé et / ou titulaire du DIU « Soigner les soignants » (Diplôme Inter-Universitaire créé en 2015 sous l'impulsion de MOTS avec un partenariat entre les Facultés de Médecine Paris Diderot et Toulouse).

Les médecins effecteurs suivent par ailleurs des formations continues en interne à l'association et sous formats DPC plusieurs fois par an.

L'association MOTS, c'est un numéro à retenir : 0608 282 589.

III. Concrètement, qu'est-ce que l'on fait ?

III.1. Constitution d'un groupe de travail et de la cellule d'entraide.

Elle ne peut pas se faire sur un nombre de participants restreint.

Le soutien étant une mission chronophage, avec une charge émotionnelle importante et pouvant être longue dans le temps.

En plus d'un groupe conséquent en termes d'effectif, il serait souhaitable d'avoir un soignant de chaque profession afin de pouvoir apporter son point de vue et expertise pour un requérant exerçant la même activité.

La présence d'un coordinateur à chaque réunion serait souhaitable pour prendre des notes et retranscrire un compte-rendu fidèle des discussions et décisions ayant eu lieu.

La présence de psychologues (volontaires dans l'idéal, sinon pris en charge par les fonds de la CPTS) est indispensable pour apporter des « clefs » d'écoute aux membres de la cellule mais aussi pour intervenir directement auprès des soignants en souffrance en demande.

Un médecin avec le DU soigner les soignants me paraît également important de par la connaissance et l'expérience qu'il pourra apporter.

Un membre de l'équipe de la trésorerie (sans forcément participer activement à la cellule) devra être présent aux réunions pour valider les dépenses possibles et vérifier que celles réalisées ont un sens. Point de vue « extérieur » au groupe qui peut parfois être bénéfique.

La possibilité d'inviter un avocat à certaines réunions pour bénéficier d'une analyse sur le versant du Droit devra également être mise en place.

Ce groupe de travail aura pour objectif de réfléchir et mettre rapidement en place des actions concrètes sur 2 grands axes : repérage et mise en place d'actions sur les 6 principales catégories (Burn-out, problème de santé, addictions, finances, problèmes d'organisation, problèmes d'agressions).

Il doit être composé de volontaires prêts à s'engager dans la cellule d'entraide qui en découlera et donc d'accord pour participer à la prise en charge et au suivi des soignants en souffrance qui leurs seront attribués mais également disponible pour les réunions de débrief et de retours d'expériences environ une fois par mois.

Une réévaluation semestrielle des protocoles sera à réaliser pour améliorer au fil du temps et de l'expérience acquise le dispositif.

III.1.1 repérer les soignants en souffrance, début de réflexion.

Les associations et les aides ne manquent pas mais les soignants ne les connaissent que très peu ou inconsciemment les ignorent. Beaucoup n'ont jamais entendu parler de l'association MOTS malgré l'énorme travail qu'elle mène sur le terrain depuis sa Création en 2010 à l'initiative du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Haute-Garonne, lors d'un congrès à Toulouse intitulé « Mieux être pour mieux soigner ».

Pour repérer, il faut donc montrer que le service d'aide existe, qu'il se veut anonyme, bienveillant et efficace.

Plusieurs moyens peuvent ici s'imaginer :

- Publications régulières face-book et autres réseaux sociaux via compte CPTS.
- Proposez des tests simples et rapides d'auto-évaluation.

- Campagne de flyers, courriers et affiches synthétisant les aides possibles et les liens mails/téléphoniques pour entrer en contact avec le groupe d'entraide.
- Intégrer les institutions notamment CPAM au repérage. Ici pas de « dénonciation » mais plutôt lorsqu'ils repèrent un soignant en souffrance, proposer nos coordonnées et avoir quelques éléments de langage pour présenter le suivi et les aides possibles.
- Faire savoir et communiquer sur le fait que les proches et la famille d'un soignant en souffrance peuvent également nous contacter. Leur appel à l'aide restera anonyme et nous nous rapprocherons du soignant en question pour proposer notre aide et soutien.

III.1.2 Actions cibles pour les 6 principales catégories de décompensation.

III.1.2.1. Burn-out:

Introduit dans l'histoire médicale en juin 1959 par le psychiatre français Claude Veil, le concept d'épuisement professionnel est « le fruit de la rencontre d'un individu et d'une situation. L'un et l'autre sont complexes, et l'on doit se garder des simplifications abusives. » Ce n'est ni la faute du sujet, ni celle de la situation. Selon Claude Veil, cet épuisement survient quand il y a « franchissement d'un seuil ».

La « paternité » du terme de burn-out professionnel revient à Herbert Freudenberger, décrivant la perte d'enthousiasme de bénévoles New Yorkais consacrant leur temps à aider des usagers de drogues dures, et qui manifestaient des troubles émotionnels et des symptômes physiques d'épuisement.

En 1974, il désigne cet état par le vocable de Burn Out : « Sous la tension produite par la vie dans notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur ».

La psychologue américaine Christina Maslach au début des années 1980 décrit le burn-out professionnel comme un état physiologique et psychologique résultant de l'accumulation de facteurs de stress professionnel. Il est la conséquence de réactions de stress quotidien ayant usé l'individu.

Il comprend 3 dimensions :

- L'épuisement émotionnel
- La dépersonnalisation
- La diminution du sentiment de réalisation de soi

Elle a établi avec Jackson le Maslach Burn out Inventory (Annexe 1), échelle de mesure largement validée.

Les symptômes principaux en sont la fatigue physique, le sentiment d'être émotionnellement "vidé", le manque d'enthousiasme au travail, l'humeur dépressive, l'irritabilité, un sentiment pénétrant de frustration, un détachement avec négativisme et diminution du sentiment de responsabilité, une réduction du temps de travail ou au contraire un surinvestissement peu productif.

Le burn out des médecins modifie les prises de décision concernant les malades. Il est associé à une mauvaise santé physique, aux troubles du sommeil, à l'usage exagéré d'alcool et de drogues, aux problèmes conjugaux ou familiaux.

De nombreux articles font état que le médecin n'est pas un patient comme les autres. Il banalise ses symptômes et tarde à consulter.

Selon le CNOM en 2003, 47 % des médecins libéraux présentent les symptômes du Burn Out.

La prise en charge d'un burn-out nécessite la mise en place d'une aide sur le plan professionnel comme dans la vie personnelle afin d'accepter l'idée que «à l'impossible nul n'est tenu » et d'effectuer un « retour à la réalité ».

La première mesure à prendre est de stopper le travail dans le cadre d'un arrêt-maladie prescrit par son médecin traitant ou un médecin du groupe d'entraide si pas de médecin traitant. Le but est tout simplement de se reposer et de récupérer en se relaxant, en faisant doucement du sport ou toute autre activité paisible et aimée. Un arrêt de deux à trois mois peut être nécessaire. Il est donc impératif de réfléchir à des solutions de remplacement (cf. IV.5).

Il faut également réfléchir à la reprise du travail et **prévenir la rechute.**

Une aide sur l'organisation du lieu de travail, du temps de travail doit être proposée.

Ici, pour chaque profession, en dehors des conseils personnalisés, on pourrait réfléchir à la constitution de maquettes sous forme de conseils pour organiser son temps et son lieu de travail avec des retours d'expérience par des professionnels de santé du territoire les utilisant en soulignant leurs avantages et inconvénients.

III.1.2.2. Problème de santé autres que dépression/burn-out :

Être facilitateur en faisant le lien, si nécessaire, avec les spécialistes nécessaires; essayer de trouver des créneaux de consultations adaptés, et notamment en permettant d'éviter aux soignants de se retrouver dans une salle d'attente pleine d'autres patients.

Proposer un soutien psychologique notamment pour l'acceptation de la maladie.

Un soignant est un être comme un autre, malheureusement il peut aussi tomber malade.

Ici aussi, en cas de nécessité d'arrêt de travail, une solution de remplacement peut être un grand réconfort. Si le travail reste possible, une aide et des conseils sur l'organisation du temps et de l'espace de travail peuvent être une source de soutien et de réconfort importante pour le soignant.

III.1.2.3. Addictions :

Un certain nombre de professionnels de santé sont susceptibles de développer des conduites addictives dont l'objet est de pouvoir surmonter leurs difficultés professionnelles. Même si des facteurs personnels peuvent rendre compte de ces conduites, l'environnement professionnel joue en effet un rôle important.

L'alcool est la substance addictogène la plus fréquemment en cause.

L'usage « abusif » d'une substance correspond à une consommation qui provoque une modification physique, psychologique, émotionnelle ou une nuisance sociale et conduit à une incapacité pour l'individu concerné, mais n'implique pas la recherche compulsive. Il peut constituer une étape préliminaire. L'usage préalable, à visée récréative, de substances psychostimulantes est ainsi plus fréquent dans la population des professionnels de santé devenus toxicomanes que dans la population soignante globale.

La dépendance est caractérisée par une recherche ou une consommation compulsive de la ou des substances concernées, par un usage croissant et une tolérance aux produits et par l'apparition d'un ensemble de troubles et symptômes lors de l'arrêt de la consommation.

Un professionnel de santé souffrant d'addiction fait courir des risques à lui-même, mais aussi aux patients dont il a la charge.

Le premier problème est l'identification et la révélation de l'addiction.

Deux raisonnements erronés retiennent souvent l'entourage professionnel confronté à un cas d'addiction parmi les membres d'une équipe médicale : la crainte de se livrer à un acte de délation, de stigmatiser un collègue et la volonté de prendre sous sa coupe le sujet concerné souvent couplée avec une minimisation des faits. On aboutit ainsi à une « conspiration du silence ». Cette démarche peut mettre en danger non seulement le sujet concerné, mais aussi indirectement les patients dont il a la charge. Faire preuve de responsabilité vis-à-vis des personnes concernées c'est donc au contraire révéler l'addiction pour aboutir à une prise en charge médicale par des spécialistes compétents.

Nous devons ici pouvoir proposer un recueil anonyme des signalements d'une addiction chez un soignant par un proche ou un collègue de celui-ci.

Par ailleurs, laisser travailler un soignant qui n'est plus à même d'exercer son métier peut dans certaines conditions porter un lourd préjudice aux patients et engage donc la responsabilité des équipes soignantes.

Enfin, il importe de protéger le professionnel de santé en souffrance addictive lui-même, car son addiction met sa vie en danger comme évoqué plus haut et lui porte d'autre part un préjudice considérable qui peut compromettre définitivement son avenir professionnel, enfin elle l'expose à un risque judiciaire. Le déni faisant partie de la maladie, il importe de recueillir des preuves formelles de l'addiction avant d'affirmer le diagnostic. La confrontation du soignant avec les faits devrait se faire en même temps qu'une proposition thérapeutique de prise en charge en milieu adapté.

Il est important de trouver moyen de communication de tous ces éléments en gardant une image de bienveillance et confraternité.

Je pense également que la prise en charge en externe de ces soignants, quand elle est possible, ne doit pas se faire aux CMPs ou lieux de consultations habituels d'addictologie, où le risque de tomber sur ses patients est toujours présent. Crainte qui peut être à l'origine d'un refus de soins catégorique.

Il est donc important de réfléchir à des lieux de soins adaptés et discrets pour les professionnels de santé.

Penser ici aussi à la Prévention et au risque de rechute+++ :

La réduction du niveau de risque passe notamment par la prévention. En la matière, trois niveaux se distinguent selon Philippe Michaud (médecin addictologue, directeur du centre Magellan de cure ambulatoire en alcoologie de Gennevilliers et président de l'Institut de promotion de la prévention secondaire en addictologie (IPPSA)) :

- Primaire, qui s'adresse à tous les usagers ;
- Secondaire, une prévention ciblée qui a pour objectif de repérer et accompagner les personnes soumises à un risque ;
- Tertiaire, qui consiste à empêcher les complications et éviter les rechutes.

Pour le Dr Philippe Michaud, il y a un lien très complexe de causalité entre les conduites addictives et les conditions de travail et ce dans les deux sens. Il constate notamment que la diminution de la consommation d'alcool va de pair avec un mieux-être au travail.

Dernière remarque mais non des moindre, un professionnel de santé souffrant d'addiction ne doit pas être pris en charge par lui-même ou son entourage professionnel.

III.1.2.4. Finances :

Soutien, partenariat avec les institutions notamment CPAM.

Accompagnement face à l'URSSAF, mise en relation avec un comptable et là pourquoi pas penser déléguer de missions d'expertise par notre cabinet comptable.

Aide financière au cas par cas.

Mise en relation avec les associations dédiées et les ordres pour une aide financière.

L'organisation de soirée « finances » avec des acteurs du monde de la finance et des comptables pourraient également s'imaginer, et notamment à visée des nouveaux installés.

III.1.2.5. Problèmes d'organisation :

On en a déjà un peu parlé dans le cadre du burn-out.

Mise en place d'une aide personnalisée avec des retours d'expérience de professionnels de santé exerçant la même profession. Pourquoi pas proposer des visites du lieu de travail et pendant une demi-journée, observer le soignant en difficulté pour faire un point et des remarques sur les possibilités d'amélioration.

Création de façon plus générale de maquettes de conseils d'organisation du lieu et du temps de travail.

Là, je m'attarde un peu sur les jeunes générations débutant leurs activités professionnelles.

A chaque nouvelle installation, on pourrait proposer un « kit » d'installation (conseils d'organisation, de matériel à avoir, de logiciel à utiliser, répertoire téléphonique des professionnels de santé du secteur répertoriés par spécialité ainsi que des principaux établissements de santé du territoire,...) en fonction de la profession et nommer un professionnel de santé exerçant la même profession comme « parrain ».

Ce professionnel volontaire rencontrerait initialement le jeune installé pour des conseils pratico-pratiques et serait joignable pour une durée de 6 à 12 mois en cas de besoin. Ce parrainage pourrait donner lieu à une rémunération par la CPTS Grand Valenciennes (j'imagine une somme plus de l'ordre du symbolique qu'autre chose personnellement).

III.1.2.6. Problèmes d'agressions :

Quelles soient verbales ou physiques, elles sont en constante augmentation.

Insultes, injures, menaces de mort, violences physiques, avec ou sans arme, font malheureusement partie du vécu du soignant. Qu'il s'agisse de l'infirmier, de l'aide-soignant, du médecin ou de n'importe quel professionnel de santé, le constat est sans appel : les manifestations de violence dont sont victimes les personnels soignants se développent de façon chronique.

Pour ne prendre que la catégorie des médecins. Injures, menaces, vols, diffamation sur Internet ou encore vandalisme : 1.009 agressions physiques ou verbales ont été signalées par des médecins libéraux en 2021, selon une enquête de l'Observatoire de la sécurité des médecins, attaché au Conseil national de l'Ordre, réalisée en collaboration avec l'Ipsos. Un chiffre supérieur à la moyenne observée depuis 2003 par l'Observatoire, qui est de 820. 53% des victimes sont des femmes médecins et les généralistes sont les plus concernés, à 61%.

Parmi les motifs d'agression les plus fréquents : un reproche relatif à une prise en charge, comme le refus de prescrire tel médicament précisément (37%), un refus de prescription ou de prise en charge (17%), une demande de falsification de document (11%), un vol (9%) ou un temps d'attente jugé excessif (8%).

Un travail de collaboration avec les forces de police/gendarmerie du territoire est à mener et je pense ici notamment à la mise en place d'un numéro de téléphone d'urgence dédié aux professionnels de santé (le 17 c'est actuellement comme le 15, on a le temps de voir le problème défiler). Pourquoi ne pas réfléchir également pour les secteurs et/ou activités considérés comme les plus à risque, à la mise en place de « boutons SOS » avec repérage GPS.

Une meilleure information sur les droits des professionnels de santé en cas d'agression doit également faire le sujet d'un travail de communication (comment porter plainte à son ordre, aux autorités, information sur possibilité d'arrêter de prendre en charge un patient et les démarches pour pouvoir le faire sans être ennuyé derrière).

Une information, et surtout des soirées de formation pour faire face aux agressions physiques ou verbales pourraient être intéressantes. Nous ne sommes que très peu formés à réagir à ce genre de situations. La présentation de gestes et attitudes clefs par des professionnels extérieurs (formateur de surveillant pénitentier par exemple) pourraient être d'une grande aide et un moyen de diminuer le stress et les conséquences de ses situations qui ne devraient plus exister.

NB : Le travail sur les agressions est plus que nécessaire et devrait à mon sens donner lieu à un groupe de travail uniquement ciblé sur cette problématique.

III.2. Recrutement et mise en place équipe spécialisée dans le soin aux soignants.

J'entends par là le recrutement d'un ou plusieurs psychologues qui ont l'habitude de s'occuper d'autres professionnels de santé et d'un médecin titulaire du DU soigner les soignants. Ceci en attendant la présence d'un médecin de la CPTS volontaire pour réaliser la formation, il ou elle pourra venir de l'extérieur de notre territoire.

2 grandes missions à leur attribuer :

- La formation et le checking des suivis par les membres du groupe de l'entraide. Pas de bons ou mauvais points, bien entendu, mais l'apport de leurs connaissances et expériences aux professionnels afin qu'il puisse prendre le mieux possible en charge les soignants en souffrance dont ils sont responsables.
- La prise en charge directement des cas classés comme « graves » et nécessitant une attention particulière.

III.3. Proposer la formation soigner les soignants.

Il est important de pouvoir dans le temps avoir une organisation stable et pérenne.

Pour cela, les compétences nécessaires doivent être acquises par les membres qui la compose et ne pas se reposer sur une aide extérieure systématiquement, même si celle-ci sera et devra toujours être la bienvenue.

Ainsi, la CPTS Grand Valenciennes pourrait financer la formation d'un ou deux médecins volontaires par an, suite à l'évaluation de leurs candidatures, pour le DU soigner les soignants.

En contrepartie de ce financement, les médecins ainsi formés, s'engageraient à participer aux groupes d'entraides de la CPTS (pas gratuitement bien sûr).

Pour information, le DU se fait actuellement sous forme de 4 modules de 2 jours à Toulouse et d'une journée de soutenance publique des mémoires également à Toulouse.

III.4. Définir un lieu d'accueil et de consultations.

Il est difficile d'imaginer un professionnel de santé (d'autant plus en souffrance) se retrouver à attendre « son tour » au milieu d'autres patients, voire de ses propres patients. La mise en place d'un lieu dédié aux consultations et réunions de groupe me paraît indispensable. Cela amène à une réflexion plus globale sur la nécessité de locaux propres à la CPTS dont la recherche a été amorcée il y a peu de temps.

III.5. Réfléchir sur la mise en place d'un groupe de remplaçant « de sauvegarde ».

Pour aller mieux, il faut parfois pouvoir couper/ se mettre au vert et si une solution pour prendre en charge les patients du soignant en souffrance n'est pas proposée, il y a de grandes chances que celui-ci refuse de s'arrêter pour prendre soin de lui.

On peut imaginer la constitution d'un annuaire de professionnels de santé, soit retraités soit remplaçants, prêts à prendre le relais avec au besoin la mise en place d'une prime par la CPTS Grand Valenciennes.

Prime à évaluer et concevoir notamment en fonction du temps de remplacement et de la distance de déplacement acceptée.

On pourrait également imaginer une prime financière pour un soignant installé qui s'engage à prendre en charge les urgences du soignant se mettant en pause.

Du côté des médecins, le CSNPR et le SNP dans les cabinets pourraient également participer à ce soutien avec l'ouverture de créneaux pour les patients d'un médecin devant se mettre à l'arrêt pendant la durée de son absence.

III.6. Réussir à proposer un médecin traitant à chaque professionnel de santé libéral de notre territoire et notamment les médecins.

En libéral, la médecine du travail, on ne connaît pas et ce sont toujours les cordonniers les plus mal chaussés.

De nombreux articles font état que les professionnels de santé et notamment le médecin ne sont pas des patients comme les autres. Ils banalisent leurs symptômes et tardent à consulter. Devant cet état de fait, il serait intéressant de se rapprocher de l'ensemble des professionnels de santé et notamment des médecins du territoire pour leur proposer une information courte sur la nécessité d'un suivi par un professionnel de santé autre que soi-même et s'ils n'en ont pas, leur proposer un médecin traitant s'ils le désirent sur une liste de médecins volontaires préalablement établie.

IV. Conclusion.

Cette présentation est sommaire et a pour but de lancer un travail qui me paraît essentiel pour la bonne vitalité de notre CPTS du Grand Valenciennes :

Prendre soins de nous !

Nous connaissons tous un/une collègue qui a craqué, changé de métier, voire pire parce qu'il a voulu tenir pour ses patients, pour ses collègues, pour sa famille.

Quelle qu'en soit la raison, cela ne doit plus arriver.

Nous ne résoudrons pas tout mais nous pourrons être fiers d'avoir contribué à améliorer les choses.

Tout groupe humain prend sa richesse dans la communication, l'entraide et la solidarité visant à un but commun: l'épanouissement de chacun dans le respect des différences.

Dolto F.

Annexe 1: Maslach Burn out Inventory (en français).

Item	Fréquence
1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0 1 2 3 4 5 6
2. Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0 1 2 3 4 5 6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une nouvelle journée de travail	0 1 2 3 4 5 6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0 1 2 3 4 5 6
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0 1 2 3 4 5 6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts	0 1 2 3 4 5 6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0 1 2 3 4 5 6
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	0 1 2 3 4 5 6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0 1 2 3 4 5 6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0 1 2 3 4 5 6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0 1 2 3 4 5 6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0 1 2 3 4 5 6
14. Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	0 1 2 3 4 5 6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	0 1 2 3 4 5 6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0 1 2 3 4 5 6
18. Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail, j'ai été proche de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0 1 2 3 4 5 6
20. Je me sens au bout du rouleau	0 1 2 3 4 5 6
21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	0 1 2 3 4 5 6
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0 1 2 3 4 5 6

Pour le remplir :

0 : Jamais

1 : Quelques fois par année au moins

2 : Une fois par mois au moins

3 : Quelques fois par mois

4 : Une fois par semaine

5 : Quelques fois par semaine

6 : Chaque jour

Répartition des 22 questions :

Epuisement émotionnel : questions 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20

Degré de burn-out : Total inférieur à 17 : bas ; entre 18 et 29 : modéré ; supérieur à 30 : élevé





Dépersonnalisation : questions 5, 10, 11, 15, 22

Degré de burn-out : Total inférieur à 5 : bas ; entre 6 et 11 : modéré ; supérieur à 12 : élevé

Accomplissement personnel : questions 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21

Degré de burn-out : Total supérieur à 40 : bas ; entre 34 et 39 : modéré ; inférieur à 36 : élevé

Annexe 2: Echelle d'évaluation du Dr Isabelle Bodein Martin.

			
A propos de mon médecin traitant			
J'ai un médecin traitant. Je trouve cela utile	Il faudrait peut-être que je me trouve un médecin traitant	Je fais mes propres ordonnances : Qui me connaît mieux que moi ?	Je n'ai pas de médecin traitant et n'en ai pas besoin
A propos de ma santé physique			
Je dors bien J'ai un sommeil réparateur	Je dors moyennement bien	Je dors agité, je fais des cauchemars	Je dors mal et/ou trop peu
Je suis en pleine forme	J'ai des céphalées, des tensions musculaires	J'ai des douleurs physiques	J'ai une maladie physique
A propos de mon épuisement professionnel			
Je déborde de vitalité	Je manque parfois d'énergie	Je suis fatigué	Je suis épuisé
Je suis curieux et vif d'esprit	J'oublie parfois	Je suis parfois hésitant	Je n'arrive plus à me concentrer
Ma journée de demain ne m'inquiète pas : Je suis efficace et je saurais gérer	Je reporte au lendemain les choses qui peuvent attendre	Je suis débordé(e),	Je suis incapable de faire face
A propos de la satisfaction que me procure mon travail			
Je suis de bonne humeur	Je suis parfois de mauvaise humeur	Je suis souvent de mauvaise humeur	Je suis agressif, irritable
Je suis agréable à la maison, avec les amis	Je trie mes relations	Je préfère rester seul(e)	Je n'ai plus de contact avec les autres
J'ai confiance en moi	Je doute de moi	Je doute des autres	Je suis méfiant(e)
J'ai la reconnaissance de mes patients	Les patients ont parfois tendance à en demander plus que je peux donner	Les patients ne me respectent pas toujours	Les patients m'agacent. Peu importe ce qu'ils pensent de moi
A propos de mon accomplissement personnel			
Je pratique une activité sociale	Je sors parfois, je lis un peu	Je n'ai pas le temps de m'intéresser à autre chose que mon travail	Rien ne m'intéresse
Je pratique une activité physique régulièrement	Je fais parfois un peu de jardinage, ou de bricolage	Je cours suffisamment entre 2 patients	Je n'ai pas le temps de faire du sport
Je consomme de l'alcool de façon occasionnelle et sociale	Je consomme de l'alcool mais je sais m'arrêter	Je contrôle difficilement ma consommation d'alcool	Je consomme de façon abusive et/ou je suis dépendant

Annexe 3: Test du niveau de stress proposé par CDOM du Nord:



ACCUEIL > TESTEZ VOTRE NIVEAU DE STRESS

Testez votre niveau de stress

Ce questionnaire est anonyme et crypté.

Il permet d'évaluer votre niveau de stress au travail.

5 possibilités de réponse de 1 à 5 : 1 non, 2 un peu, 3 régulièrement, 4 souvent, 5 toujours.

[Commencer le test](#)

ACCUEIL

Testez votre niveau de stress

Coté social

5 possibilités de réponse de 1 à 5 : 1 non, 2 un peu, 3 régulièrement, 4 souvent, 5 toujours.

Q1 - Avez-vous des problèmes relationnels avec votre conjoint et/ou vos enfants ?

1 2 3 4 5

Q2 - Avez-vous des problèmes relationnels avec vos associés et/ou vos employés ?

1 2 3 4 5

Q3 - Quel est votre degré de satisfaction personnelle ?

très bien bien moyen très moyen mauvais

Q4 - Confieriez vous votre santé à un confrère

oui totalement oui partiellement oui mais ... non mais ... non

[CONTINUER >](#)

**Coté psychologique**

5 possibilités de réponse de 1 à 5 : 1 non, 2 un peu, 3 régulièrement, 4 souvent, 5 toujours.

Q5 - Vous sentez vous capable d'arriver à la fin de la journée de travail ?

oui totalement oui partiellement oui mais .. non mais ... non

Q6 - Vous sentez vous fatigué dès le réveil ?

1 2 3 4 5

Q7 - Faites vous de l'automédication et prenez-vous des anxiolytiques, de la codéine, des hypnotiques, de la morphine ou autre traitement psychotrope ?

1 2 3 4 5

Q8 - Avez-vous remarqué une augmentation de votre consommation de café, thé, tabac, alcool, cannabis ?

1 2 3 4 5

Q9 - Avez-vous le sentiment de vous occuper de vos patients de façon impersonnelle ?

1 2 3 4 5

[CONTINUER >](#)

ACCUEIL

Testez votre niveau de stress**Coté financier**

5 possibilités de réponse de 1 à 5 : 1 non, 2 un peu, 3 régulièrement, 4 souvent, 5 toujours.

Q10 - Avez-vous du mal à boucler les fins de mois ?

1 2 3 4 5

Q11 - Avez-vous des retards de paiements dans vos prélèvements obligatoires ? CARMF URSSAF

1 2 3 4 5

[CONTINUER >](#)

Bonjour Docteur Isabelle BODEIN MARTIN (14150)

L'Ordre des Médecins du Nord

DÉCOUVREZ LE CONSEIL VOUS ÊTES ETUDIANT VOUS ÊTES MÉDECIN VOUS ÊTES PATIENT CONTACTEZ-NOUS

ACCUEIL

Testez votre niveau de stress

Coté Organisationnel

Q12 A - Est-ce que votre mode d'exercice vous convient ?

1 2 3 4 5

Q12 B - Quel est votre mode d'exercice ?

Libéral seul Libéral groupe Salarié seul Salarié en structure Responsable de salariés

Q13 - Avez-vous l'impression d'être suffisamment aidé ou accompagné dans votre travail ?

oui totalement oui partiellement oui mais .. non mais .. non

Q14 - Arrivez vous à parler de vos problèmes ?

oui totalement oui partiellement oui mais .. non mais .. non

Q15 - Arrivez vous à prendre des vacances ?

oui totalement oui partiellement oui mais .. non mais .. non

[CONTINUER >](#)

Enfin, après avoir répondu aux 16 questions, et en poursuivant le test apparaît 2 types de conclusion.

La première :

Bonjour Docteur Isabelle BODEIN MARTIN (14150)

L'Ordre des Médecins du Nord

DÉCOUVREZ LE CONSEIL VOUS ÊTES ETUDIANT VOUS ÊTES MÉDECIN VOUS ÊTES PATIENT CONTACTEZ-NOUS

ACCUEIL

Testez votre niveau de stress

Votre niveau de stress ne semble pas anormal. Toutefois, vous pouvez contacter l'Association MOTS au 0608.282.589 ou le Conseil de l'Ordre au 03.20.31.10.23 afin de convenir d'un rendez-vous avec un Conseiller si vous le désirez.

[REFAIRE LE TEST >](#)

Ou

Bonjour Docteur Isabelle BODEIN MARTIN (14150)

L'Ordre des Médecins du Nord

DÉCOUVREZ LE CONSEIL VOUS ÊTES ETUDIANT VOUS ÊTES MÉDECIN VOUS ÊTES PATIENT CONTACTEZ-NOUS

ACCUEIL

Testez votre niveau de stress

Vous avez peut-être besoin d'aide. Vous pouvez contacter l'Association MOTS au 0608.282.589 ou le conseil de l'ordre au 03 20 31 10 23 afin de convenir d'un rendez-vous avec un conseiller.

[REFAIRE LE TEST >](#)